

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A L		Código Regional	11
			Código Centro	940410
			Fecha Elaboración	19 de octubre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	30901-446734
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		MIREYA SANCHEZ CABRERA msanchez159@misena.edu.co		C.C.
Correo electrónico contratista:				IP/N° de contacto
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?
				NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO		Inducción SST
				SI
Banco al cual consignar:		BANCO COLPATRIA		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
				SI
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?		NO		Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000
				NO
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:		N/A		
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:		N/A		
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:		N/A		
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:		1329954/2020		N° Compromiso SIIF
				8420
Valor Total del Contrato		\$ 39.922.913		Periodo objeto de pago
Saldo Anterior del Contrato		\$ 9.601.713		Del
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 5.811.563		Al
				31/10/2020
		Comisiones		\$ 0,00
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		\$ 3.790.150		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retención en la Fuente del Periodo
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 3.790.150		Menos, Rete Fuente Otros Ingresos
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.234.201		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO
				\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Octubre	Septiembre	
			7767719573	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.516.060	\$ 1.516.060	Valor Base retención en la fuente
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 189.600	\$ 189.600	Valor Base retención en la fuente ICA
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 242.600	\$ 242.600	Valor base IVA
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)
ARL		\$ 8.000	\$ 8.000	Menos Retención en la Fuente
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -	\$ -	Menos Retención IVA
Aportes voluntarios a cuentas AFC		\$ -	\$ -	Reteica - 8299
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000		\$ -	\$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700		\$ -	\$ -	Otras Retenciones
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	Otras Retenciones
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	Otras Retenciones
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	Otras Retenciones
Dependientes hasta \$ 1.139.424		\$ 379.015	\$ -	Otras Retenciones
Salud hasta \$ 569.712		\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680		\$ 744.734	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)
Retención en la Fuente Contingente		\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR
				\$ 3.757.712,00
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DOCE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas. Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos. Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.				
MIREYA SANCHEZ CABRERA EL CONTRATISTA				
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:				
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas; 2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro; 3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.				
CLAUDIA PILAR POVEDA CORTES INSTRUCTOR G20				
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:				
EL ORDENADOR DEL PAGO				
WAINE ANTONY TRIANA ALBIS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	63477951
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		MIREYA SANCHEZ CABRERA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 8 SUR 68C 12	TELÉFONO:	3214040
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
NÚMERO PLANILLA:	7767719573			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
PERÍODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO	2020	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO	2020
DÍAS DE MORA:				0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2020/10/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				775873051

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 242.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 242.600	\$ 0	\$ 242.600
SUBTOTALES:										\$ 242.600	\$ 0	\$ 242.600

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 189.600		\$ 0		\$ 0	\$ 189.600	\$ 0	\$ 189.600
SUBTOTALES:													\$ 189.600	\$ 0	\$ 0	\$ 189.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 8.000	\$ 8.000	\$ 0	\$ 0	\$ 8.000
SUBTOTALES:									\$ 8.000	\$ 0	\$ 0	\$ 8.000

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 9.100	\$ 0	\$ 9.100
SUBTOTALES:			\$ 9.100	\$ 0	\$ 9.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL															PARAFISCALES																			
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LWA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SEGURIDAD SOCIAL					SALUD					ARP			DÍAS COT	IBC	CCF					DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	
																									ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT			IBC	COTIZACIÓN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC					TOTAL APORTE
1	CC 63477951	SANCHEZ CABRERA MIREYA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.516.100			NO																	230301-PORVENIR	30	1.516.100	\$ 242.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 242.600	EPS008-COMPENSAR	30	1.516.100	\$ 189.600	\$ 0	\$ 189.600	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	30	1.516.100	\$ 63477951	\$ 8.000	30	1.516.100	\$CCF24-COMPENSAR	\$ 9.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 449.300
--------------	-------------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá D.C., 19 de octubre de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1014669585	TOMASSANTIAGO PINZON SANCHEZ	HIJO
------	------------	------------------------------	------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

FIRMA

Nombre: MIREYA SANCHEZ CABRERA

C.C. 63477951

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1014669585-

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41696255

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	A 3 E
☐	☒	28	☐	☐	☐		
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							

COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA, D.C.,

Datos del inscrito	
Primer Apellido	Segundo Apellido
PINZON.	SANCHEZ,
Nombre(s)	
TOMAS SANTIAGO.	

Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año	Mes	Día		
2008	Ago	04	MASCULINO.	O.
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)				

COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA, D.C.,

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	51196149-6.

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
SANCHEZ CABRERA MIREYA.	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C # 63477951 de Oiba,. Sder.	COLOMBIANA.

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
PINZON CAMACHO NELSON.	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C # 91 014 393 de Barbosa,.	COLOMBIANO.

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
PINZON CAMACHO NELSON.	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C # 91 014 393 de Barbosa,.	

Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año	
2008	
Mes	
Ago	
Día	
05	
	DR, ALFONSO MONTOYA MARIN.
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	
	DR, ALFONSO MONTOYA MARIN.
	Nombre y firma

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA. LA CUAL SE EXPIDE PARA DEMOSTRAR PARENTESCO EN ASUNTO CIVIL Y A PETICIÓN DEL INTERESADO. (Art. 115 Decreto 1260 de 1970). EXCENTO DE PAPEL SELLADO Y ESTAMPILLAS DE TIMBRE NACIONAL.

DADO EN BOGOTÁ A LOS

05 AGO. 2008

ESTA COPIA DE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE

EL NOTARIO VEINTIOCHO DE BOGOTÁ D.C.

ALFONSO MONTOYA MARIN



— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —